FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

TRAITEMENT

DE

L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE

AVEC ÉPANCHEMENT

par l'Arthrotomie et la Mobilisation active immédiate

PAR

LUCIEN HORION

Né le 13 Juin 1887, à Caen (Calvados)

Ancien Interne des Hôpitaux de Caen

Croix de Guerre

Président : M HARTMANN, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Médecine opératoire	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchement	BAR COUVELAIRE RIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBÉCOURT	TANON
CHEVASSU	LECÈNE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUILLAIN	LÉRI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE

DE CAEN

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Nous voudrions montrer, dans ce modeste travail, comment, à l'heure actuelle, on doit envisager le traitement chirurgical de l'arthrite blennorragique avec épanchement, en le faisant bénéficier des progrès récents de la chirurgie articulaire, en particulier de cette notion, tout nouvellement acquise, considérée comme révolutionnaire encore, par la plupart des auteurs, savoir : la mobilisation active, immédiate, remplaçant le dogme de l'immobilisation.

Nous ne nous arrêterons pas sur les définitions d'arthralgie, d'hydarthrose, d'arthrite, ni sur leur description clinique, leur étiologie, leur pathogénie, toutes ces questions étant depuis longtemps déjà relativement bien mises au point et devenues classiques.

Mais, en revanche, il est peu d'affections pour lesquelles autant de procédés thérapeutiques aient été proposés.

Nous laisserons systématiquement de côté tout ce qui a trait au traitement médical bien que les médications internes les plus diverses aient été essayées tour à tour : mercure et ses sels, acide salicylique, iodure de potassium, antipyrine, phénacétine, etc.

Suivant les époques et selon les théories régnantes, il fut de mode d'employer les émissions sanguines, les révulsifs, la compression, la méthode de Bier, le cataplasme de Trousseau, le massage, l'électricité, le radium, les boues radio-actives.

Ces moyens, après avoir eu plus ou moins de vogue, tombèrent plus ou moins rapidement en discrédit.

Depuis quelques années, avec les données scientifiques modernes, les médecins cherchent la solution du problème avec la vaccinothérapie et la sérothérapie. Il est indéniable que de grands progrès ont été réalisés et l'on peut entrevoir que l'on saura soigner la blennorragie et ses complications comme la diphtérie ou la méningite cérébro-spinale. On a cru à l'efficacité du sérum anti-méningococcique en s'appuyant sur les similitudes morphologiques du gonocoque et du méningocoque. Mais la plupart des auteurs cherchent le vaccin ou le sérum spécifique.

On a beaucoup parlé du Dmégon, on en parle encore ; on s'accorde à leur reconnaître de la valeur ; mais il serait sans action dans les complications surtout purulentes articulaires. Le dernier sérum de Nicolle de l'Institut Pasteur, employé à de fortes doses donnerait dans ces cas des résultats indéniables (1).

Cependant dans les formes ordinaires les malades sont en traitement pendant quinze ou vingt jours, et

(1) M. Fiessinger a eu l'aimable complaisance de nous permettre de consulter les nombreuses observations de son service. Nous le prions de bien vouloir agréer nos sincères remerciements.

leur séjour à l'hôpital est d'au moins trente ou trente-cinq jours dans les cas favorables. Ils sortent avec un peu de raideur, des mouvements plus ou moins limités, de l'atrophie musculaire.

Donc au point de vue sérique, les résultats ne sont pas encore parfaits ; et ils ne le seront peut-être jamais en ce qui concerne les cas où l'arthrite n'est pas simple et dans le pus de laquelle on trouve le gonocoque en association avec d'autres microbes (staphylocoque, streptocoque, par exemple).

C'est pourquoi le traitement chirurgical conserve ses partisans.

Pour qu'il ait toute sa valeur, ce traitement doit bénéficier des progrès de la chirurgie articulaire, en particulier des progrès qui ont été réalisés pour les autres affections articulaires à tendances ankylosantes elles aussi : l'hydarthrose traumatique, l'hémarthrose, les arthrites purulentes de guerre. Nous étudierons longuement l'évolution de leurs méthodes thérapeutiques. Nous verrons deux phases dans cette évolution ; 1re phase : dogme de l'immobilisation ; 2e phase, toute récente, mobilisation active immédiate.

Car s'il est en effet dans la chirurgie articulaire une question d'importance capitale, c'est bien celle de la mobilisation plus ou moins précocement appliquée. Le succès d'une intervention sur une jointure dépend beaucoup du traitement post-opératoire. Peu importent la plupart du temps, ponction ou arthrotomie, lavages au sublimé, à l'eau phéniquée, à l'eau chaude, à l'éther, au sérum ; mais ce qui est in-

dispensable, c'est la mobilisation. Immobilisée trop longtemps, une articulation s'ankylose, les muscles s'atrophient ; et le résultat de ce traitement, c'est l'infirmité.

Et cependant, ce grave problème est resté pendant de longues années sans même être posé tellement était bien établi le dogme de l'immobilisation absolue, véritable postulat que les esprits ne songeaient même pas à critiquer. Les méthodes pouvaient varier dans le détail, mais « toujours il fallait immobiser ». Aussi l'ankylose était-elle trop souvent le triste aboutissant de la thérapeutique articulaire.

Pour détruire ce dogme et le remplacer par la mobilisation active immédiate, l'évolution a été longue ; ce n'est que par une suite de tâtonnements, d'hésitations que l'on y est arrivé peu à peu.

L'hydarthrose traumatique, l'hémarthrose en ont bénéficié les premières. Puis la méthode s'est étendue aux arthrites purulentes de guerre.

M. Walther, dans son discours d'ouverture du Congrès de Chirurgie du 9 octobre dernier, disait : « Une des plus belles conquêtes de la chirurgie de guerre est le traitement des arthrites suppurées par la mobilisation, méthode révolutionnaire dont les premiers succès nous ont si fort étonnés. »

Or, il était rationnel d'appliquer ce principe au traitement des arthrites blennorragiques avec épanchement qui évoluent si fréquemment vers l'ankylose.

Avec l'approbation de M. le Professeur Hartmann,

M. Bergeret a arthrotomisé des arthrites blennorragiqus ; il a mobilisé activement et immédiatement les articulations atteintes. Et ainsi qu'il l'avait prévu, ses résultats ont été pour ainsi dire parfaits et bien supérieurs à ceux donnés par les autres méthodes.

Nous tenons à le remercier bien vivement de nous avoir communiqué sa technique opératoire et ses résultats qui font le sujet de notre travail.

M. Okinczyc a bien voulu nous confier une observation ; nous le prions de croire à notre grande reconnaissance.

Evolution du Traitement de l'hydarthrose et de l'hémarthrose

I. Immoblisation simple. — La doctrine de l'immobilisation systématique est ancienne. Elle fut remise à l'ordre du jour par Verneuil qui, en 1879, prononça à la Société de Chir. de Paris, un remarquable discours dont les conclusions étaient absolument favorables à l'emploi de l'immobilisation qui, selon lui « constituait le plus puissant des antiphlogistiques dans le traitement des affections articulaires ». Le Le dogme de l'immobilisation était posé et pour longtemps.

II. Immobilisation avec massage et révulsion. — Mais l'immobilisation simple, même prolongée, était loin de répondre à tout ; son insuffisance apparut si nettement par l'ankylose et l'atrophie musculaire qu'elle amenait si souvent que l'on essaya l'immobilisation, mais avec massages et révulsifs (cataplasmes, solutions résolutives, teinture d'iode, vésicatoires, émissions sanguines, pointes de feu, etc.). On employa également la compression, la méthode de Bier.

III. Mobilisation simple sans évacuation de l'articulation. — Lucas-Championnière en pose le principe disant que ce qui est bon pour les fractures et les luxations ne peut pas ne pas convenir aux lésions moindres des articulations parmi lesquelles on pouvait placer au premier rang l'hémarthrose du genou. Dans son idée, l'épanchement articulaire n'est presque rien ; ce qui importe c'est l'amyotrophie ; et les efforts du chirurgien doivent tendre à prévenir cette atrophie plutôt qu'à la combattre une fois installée.

« La mobilisation, dit Lucas-Championnière, est un principe si parfait après ce genre de traumatisme que quel que soit le mode de mobilisation, même s'il est mauvais, il en résulte souvent quelque chose de bon si l'on compare les résultats de la méthode nouvelle aux désastres de l'immobilisation ».

Pour lui, la mobilisation comprend des mouvements passifs modérés qui entretiennent la souplesse articulaire ; puis au bout de quelques jours des mouvements actifs, courts, répétés, sans jamais amener de fatigue musculaire.

Ce n'était qu'exceptionnellement, lorsque l'épanchement était par trop abondant, qu'on était autorisé, pour gagner du temps, à évacuer la jointure, cette évacuation se faisant au bistouri ; on pratiquait ainsi une véritable arthrotomie sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse ; elle était suivie d'un lavage de l'articulation à l'eau phéniquée et dès le lendemain on reprenait les exercices de mobilisation.

IV. Mobilisation avec seulement mouvements d'extension. Méthode de Thooris (1906). — La méthode de Thooris repose sur le même principe à savoir que l'épanchement n'est rien et que l'atrophie musculaire est tout.

Pour Thooris, la ponction n'a aucune raison d'être ; il ne la pratique d'ailleurs jamais. Pour rendre aux muscles leur tonicité, il préconise une gymnastique spéciale. Il commence par donner à la jambe pendant les 48 premières heures (temps nécessaire pour que l'épanchement atteigne son maximum) une position de demi-flexion sur la cuisse.

Puis le malade est invité à soulever le pied en faisant garder à la jambe la même position par rapport à la cuisse. Au bout de quelques jours seulement il fait prendre à la jambe l'extension, et ordonne au malade des mouvements de flexion sur le bassin de tout le membre inférieur. La technique de ces mouvements est minutieusement réglée. Ils doivent être lents, pratiqués une fois toutes les 5 minutes, n'être jamais exécutés plusieurs fois de suite sous peine de fatiguer les muscles.

Ainsi les muscles récupèrent leur tonicité ; le malade ensuite passe de la phase des mouvements couchés aux mouvements debout, marche en extension, mais lorsqu'il n'y a plus de chaleur locale.

Thooris obtenait ainsi des guérisons rapides en 15 ou 20 jours ; il avait fait tomber à 19 jours la durée moyenne du traitement qui avant était de 40 jours sans compter la convalescence.

V. Ponction évacuatrice et mobilisation. — Dans les méthodes précédentes, les auteurs tenaient compte uniquement de l'atrophie musculaire de l'ankylose possible. Dans les procédés qui vont suivre on considère l'épanchement comme la cause initiale de l'impotence fonctionnelle. Ce principe a inspiré Rochard et Champtassin, ensuite Willems.

a) *Méthode de Rochard et Champtassin.* — (Ponction, mobilisation par l'emploi de résistances progressives).

Ils commencent par faire la ponction du genou au moyen d'un trocard qui vide l'articulation. Cette intervention offre l'avantage de faire disparaître l'élément douleur et de supprimer l'obstacle que l'épanchement offre à la mobilisation.

Puis l'articulation étant complètement vidée on fait la mobilisation. Au début, Rochard laissait un intervalle de 3 à 4 jours entre la ponction et les premiers exercices ; mais plus tard il les fit commencer dès le lendemain de la ponction afin de s'adresser à un muscle qui bien qu'atrophié n'a pas encore perdu l'aptitude à la contraction élémentaire et l'accoutumance à l'excitation neuro-motrice.

Ce qui fait l'originalité de la méthode, c'est l'emploi « des résistances progressives ». Pour ces auteurs il faut lutter contre l'amyotrophie qui est la cause de tout le mal ; c'est elle, selon eux, qui entretient l'épanchement articulaire.

En effet, à l'état normal, tendon, rotule et liga-

ment rotulien forment une sangle qui non seulement consolide l'appareil articulaire, mais encore maintient la cavité de l'articulation et par conséquent la synoviale dans des conditions de statique déterminées.

Si par une cause quelconque, l'atrophie du quadriceps apparaît, la sangle se relâche, ne s'applique plus qu'imparfaitement sur l'articulation qu'elle maintient mal, la rotule flotte et l'intérieur de l'article se trouve pour ainsi dire agrandi ; toute la statistique articulaire est changée et les conditions de pression n'étant plus les mêmes, on peut penser que les vaisseaux de la synoviale trouvant du côté de l'intérieur de l'article une pression moins forte, laissent transsuder du liquide qui ne passerait pas à travers leurs parois si la sangle périarticulaire jouait son rôle.

Le but poursuivi par Rochard et Champtassin était donc le suivant :

1° Récupération de la force musculaire ;

2° Assèchement de l'articulation ;

3° Accoutumance progressive de la synoviale enflammée à supporter la pression du poids du corps.

Pour cela ils avaient recours à des mouvements couchés et à des mouvements assis en employant des résistances progressives.

Les mouvements couchés consistaient à faire faire au malade des mouvements d'extension de la cuisse sur le bassin, et de la jambe sur la cuisse ; en lui faisant exécuter, matin et soir, une séance de 15 à 20 mi-

nutes pendant laquelle il poussait des poids de plus en plus lourds.

La progression dans ce mouvement n'était achevée que lorsque le sujet pouvait pousser 30 kilog., c'est-à-dire approximativement la moitié du poids soulevé quand on passe de la position accroupie à la position verticale.

Quant aux mouvements assis, ils consistaient en mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse fléchie à angle droit sur le bassin. La résistance au début était le poids du membre, c'est-à-dire environ 10 kilog. Cette manœuvre avait pour but de refaire le quadriceps atrophié.

La guérison des malades était obtenue en 15 ou 20 jours.

Champtassin soignait dans le service de Queyrat des atrophies consécutives à des arthrites blennorragiques avec des résultats remarquables.

b) Ponction suivie de la marche immédiate. (Méthode de Willems). — Après avoir longtemps appliqué le traitement classique (immobilisation, compression, massage, électrication) et constaté les mauvais résultats, Willems eut ensuite recours à l'arthrotomie large, sans beaucoup de succès. C'est alors qu'il se décida pour la ponction immédiate comme Rochard, mais sans la faire suivre comme ce dernier d'une gymnastique dirigée contre « une atrophie qui n'existe pas encore. J'ai pensé, dit Willems, que la seule indication à remplir ici était de prévenir

cette atrophie et que pour cela le meilleur moyen était de rendre immédiatement le membre à sa fonction normale : la marche. Aussitôt après la ponction, je fais donc marcher le blessé.

« Voici comment je procède. Après avoir fait raser très soigneusement le genou et préparer la région comme pour une grande opération, je fais anesthésier à la stovaïne le point choisi pour la ponction. Ce point sera au bord externe ou au bord interne de la rotule, d'après que la quantité de liquide est plus ou moins forte. Ensuite, je refoule de la main gauche le liquide vers le bas de manière à soulever la rotule et à faire bomber les parties molles sur les bords. Je plonge un bistouri pointu dans l'articulation, et tout en l'y maintenant, je lui fais exécuter un mouvement de rotation d'un demi-cercle afin de faire bâiller la petite incision.

Aussitôt le liquide jaillit en jet noirâtre sans caillot s'il s'agit d'une hémarthrose, en jet séreux, blanc ou jaunâtre s'il s'agit d'une hydarthrose. Par des pressions méthodiques, je vide la synoviale aussi complètement que possible, et j'applique un pansement aseptique maintenu par une simple bande sans aucun appareil d'immobilisation. J'invite alors le blessé à descendre de la table et à marcher immédiatement. Il constate à son grand étonnement que la douleur a disparu ou a considérablement diminué et que l'articulation a retrouvé en grande partie sa fermeté et sa souplesse. La marche est devenue du coup incomparablement plus facile qu'avant la

ponction, et tel blessé qui avait été amené en voiture ou se trainait péniblement rentre allègrement à pied à son domicile souvent très éloigné. A partir de ce moment il a la consigne de s'exercer à la marche pendant une grande partie de la journée et de faire exécuter à l'articulation le plus de mouvements possible ».

Willems rapporte qu'il a soigné de cette manière 24 hémarthroses et 10 hydarthroses aiguës.

Il a toujours constaté que plus la quantité de liquide était abondante, plus le soulagement était immédiat et complet, cela s'explique par ce que dans les épanchements aigüs, la douleur et l'impotence fonctionnelle résultent de la distension articulaire et que leur intensité est en raison directe du degré de cette distension. On conçoit donc que la ponction qui fait cesser brusquement cette distension, fasse disparaître du coup tous les symptômes ou à peu près.

Par cette méthode, la moyenne d'incapacité de travail s'est trouvée abaissée à 9 jours. Les résultats sont donc nettement supérieurs et de beaucoup, à ceux de Rochard (moyenne 15 à 20 jours), de Thooris (moy. 19 jours), des méthodes antérieures (moyenne 40 jours).

Les résultats éloignés sont excellents ; Willems a revu un certain nombre de ses opérés plusieurs mois après leur guérison, alors qu'ils avaient repris depuis longtemps leur travail ordinaire. Aucun d'eux n'avait conservé la moindre trace de son accident ; tous avaient une articulation aussi mobile et un

membre aussi solide qu'avant le traumatisme ; l'un d'eux avait même oublié lequel de ses genoux avait été ponctionné.

Il semble, en résumé, que par la méthode de Willems on détermine pour ainsi dire instantanément la disparition de la douleur et de l'impotence fonctionnelle du membre. Elle favorise le jeu parfait de l'articulation dès le début du traitement et par l'extrême simplicité des suites et la rapidité de la guérison elle assure un résultat définitif parfait tant au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel.

La mobilisation active immédiate a donc complètement transformé la chirurgie de l'hémarthrose et de l'hydarthrose.

La Méthode de Willems dans les Arthrites purulentes de la guerre

Dans le traitement des arthrites purulentes de guerre, deux règles thérapeutiques semblaient s'imposer : 1° le drainage ; 2° l'immobilisation absolue dans le plâtre.

Or le drainage d'une articulation est toujours difficile, parfois impossible « comme pour la hanche et le cou de pied » (Ollier). Aussi en parlant de celles-ci, le maître lyonnais disait-il : « Pas de drainage possible, donc pas de guérison sans résection de la hanche d'une part, sans astragalectomie de l'autre ».

De plus, l'immobilisation dans le plâtre entraînait la rareté des pansements, leur difficulté ; aussi les plaies macéraient dans le pus, les muscles s'atrophiaient, les blessés faisaient de la pyohémie ; il fallait réséquer secondairement dans de mauvaises conditions ; ou bien le blessé sauvait son membre, mais restait infirme du fait de l'ankylose et de l'amyotrophie.

Willems appliqua alors sa méthode de mobilisation active et immédiate ; il démontra que c'était le

meilleur moyen de drainage des articulations purulentes arthrotomisées, et que la résection n'était plus nécessaire.

« Pour se rendre compte de la manière dont les mouvements actifs assurent le drainage, écrit Willems, le mieux est d'observer ce qui se passe dans l'arthrite purulente du genou. L'arthrotomie linéaire verticale y découvre très bien les larges surfaces articulaires et l'ample synoviale. En soulevant la lèvre supérieure de l'incision par pincement de la peau, on écarte la rotule des condyles et on fait bâiller toute l'articulation. Voici ce que l'on constate pendant les mouvements.

Chaque fois que le blessé étend et fléchit le genou, on voit les deux surfaces synoviales s'accoler d'abord, puis glisser l'une sur l'autre en chassant le pus vers la plaie, d'où il s'échappe en bavant s'il est peu abondant, sous forme de jet s'il est en quantité notable. Si ces mouvements sont répétés assez fréquemment et s'ils sont assez étendus, le pus est expulsé au fur et à mesure de sa production, et aucune rétention n'est à craindre.

La contraction musculaire et le glissement des surfaces synoviales ont donc pour effet d'exprimer le pus ».

D'où il faut arthrotomiser largement, veiller à ce que la plaie soit toujours béante. La mobilisation active doit être commencée sans aucun délai et doit être poussée aussi loin que le blessé est en état de le faire. Elle doit être faite sans interruption jusqu'à la

fatigue. Cette mobilisation n'est pas douloureuse au vrai sens du mot, elle est seulement laborieuse et il faut pousser le blessé à la faire, le harceler s'il est peu courageux. Par laborieuse on doit entendre que le membre semble lourd et que le blessé pour le faire mouvoir, doive faire un effort. Il est tout à fait exceptionnel qu'il y ait vraie douleur, elle est alors peu durable. Il faut d'ailleurs être sur ses gardes, car le blessé peut accuser de la douleur afin d'échapper à l'effort qu'on lui demande. Il est d'ailleurs frappant de constater que le blessé traité par la mobilisation emploie son membre à quantités d'usages non prescrits, ce qu'il ne ferait pas si les mouvemets étaient douloureux. Bien plus, beaucoup de blessés affirment que si des sensations douloureuses apparaissent pendant les moments de repos, le meilleur moyen de les faire cesser est de reprendre les mouvements.

Il ne faut jamais ajouter la mobilisation passive à la mobilisation active dans l'espoir d'aller plus vite : ce serait s'exposer à produire des fusées purulentes ou des poussées inflammatoires.

Les blessés traités ainsi ne présentent jamais d'altération sérieuse de l'état général, même pendant la période fébrile du début. Ils n'ont jamais l'aspect des grands infectés ; ils ne craignent pas les mouvements comme ceux qui sont immobilisés ; même dans l'arthrite purulente, il est facile de se rendre compte que l'articulation n'a pas cette excessive sensibilité que présente une articulation infectée quand elle est traitée par l'immobilisation.

« Il est curieux, dit Willems, de voir ces malades déambuler avec une articulation largement ouverte qui éjacule un peu de pus à chaque pas ».

Cette méthode a donné des résultats très supérieurs à toutes les anciennes ; les échecs ont été peu nombreux, d'ailleurs facilement traités par la résection secondaire.

Depage et Delrez, à la Société de Chirurgie, le 6 février 1918, rapportent six observations de blessés traités par la méthode de Willems et disent : « Les résultats que nous avons obtenus confirment entièrement ceux de Willems. Nous avons la conviction que l'innovation hardie de Willems est pour l'avenir de la chirurgie articulaire une nouvelle acquisition précieuse tant pour la médecine civile que pour la médecine militaire.

« En voyant nos blessés atteints d'arthrite purulente circuler le genou largement ouvert, nous nous rappelons la période toute proche encore où ces malheureux étaient voués à la résection ou à l'amputation.

Notre courte expérience de la méthode nouvelle nous laisse espérer que cette période est close ».

« Née de la chirurgie de guerre, écrit Lucas-Championière (*Journal de Médecine*, 10 avril 1918), elle doit donner dans les arthrites d'origine médicale sans lésions osseuses des résultats plus brillants encore.

Elle est révolutionnaire, mais reste admirablement rationnelle, et vient heureusement secourir, dans le traitement des arthrites purulentes, l'indigence thérapeutique d'autrefois ».

De l'arthrotomie dans le traitement de l'arthrite blennorragique avec épanchement

Or il existe un parallélisme bien net entre les traitements chirurgicaux préconisés tour à tour dans l'hémarthrose, les arthrites de guerre et les arthrites blennorragiques. C'est pourquoi nous nous excusons d'avoir insisté trop longuement peut-être sur l'historique de ces affections. Mais ce point nous paraissait indispensable pour saisir l'évolution des idées de l'immobilisation, dogme qui si longtemps fut intangible, vers la mobilisation active et immédiate.

Voyons rapidement tout d'abord la question de l'arthrotomie en tant que traitement de l'arthrite blennorragique. Il y eut évidemment beaucoup de controverses. D'un côté, c'était l'expectation ; on se contentait de l'anodine compression ouatée ; on se bornait à l'immobilisation simple. « Quelle que soit l'acuité avec laquelle se montrent les phénomènes inflammatoires qui accompagnent l'arthrite aiguë d'origine blennorragique, une immobilisation absolue est le seul traitement qui permette de les calmer d'une manière rapide et sûre ». Voilà ce que nous li-

sons dans la thèse de Brun (Paris 1881) qui cependant fut à cette époque la meilleure monographie sur la question.

Bientôt, tout à l'opposé de ceux-ci, une autre école plus interventionniste, conseilla d'emblée l'arthrotomie précoce comme traitement de l'arthrite blennorragique aiguë aussitôt que le diagnostic est établi.

Mori de Brescia (1885), Nicaise (1886), Jalaguier (1886) frappés des bons résultats obtenus par l'arthrotomie dans les arthrites purulentes à streptocoques, staphylocoques, etc., recommandent cette opération dans les arthrites blennorragiques ; mais il faut arriver en 1892, pour trouver les premières observations publiées.

Il semble que c'est Thiery qui ait droit à la priorité en présentant, en novembre 1892, à la Société d'Anatomie de Paris, un opéré qu'il avait guéri d'une arthrite blennorragique. Il s'était promis de tenter l'ouverture précoce en pareille occurence après avoir vu un malheureux ankylosé du coude subir à deux reprises la résection de l'article. L'observation de son malade est un éloquent plaidoyer en faveur de l'arthrotomie.

Thiery mentionna, sans les relater en détails, quelques cas semblables opérés dans le service de Tillaux par Walther. Ces observations sont rapportées dans la thèse de Christen (Paris 1893).

En 1894 (*Semaine Médicale*, 6 juin) W. Spencer s'appuyant sur deux cas qu'il a opérés, recommande

l'arthrotomie précoce comme donnant de bons résultats.

Puis ce sont deux cas de Tédenat publiés par Lassalle (*Montpellier Médical*, 1893).

Presque en même temps paraît la thèse de Hopenhendler sur l'arthrotomie précoce dans le traitement du rhumatisme blennorragique du poignet.

En 1895, Pierre Delbet inspire la thèse de Parizeau qui rapporte onze observations avec résultats encourageants.

En 1896, Dezanneau (thèse de Paris) cite trois cas opérés par M. Hartmann avec guérison rapide et complète.

Brès (thèse de Paris, 1897) ajoute 10 faits nouveaux très concluants en faveur de l'arthrotomie.

Renaut, dans une leçon clinique sur le rhumatisme blennorragique (*Bulletin Médical*, 10 août 1903), disait : « Si la monoarthrite est suppurée il sera nécessaire de confier le malade au chirurgien qui fera une arthrotomie suivie de lavages antiseptiques ».

En 1905, importante thèse de Guyot sur la méthode de Galliard qui, lui, est plutôt partisan de la ponction et du lavage articulaire au sublimé, réservant l'arthrotomie pour les formes graves dans lesquelles la ponction aurait été insuffisante.

En 1907, Morestin fait paraître son ilvre : *Chirurgie générale des articulations*. Il met la question au point, et se déclare partisan de l'arthrotomie dans les formes purulentes de l'arthrite blennorragi-

que qui selon lui seraient la règle, la simple hydarthrose étant l'exception.

En 1911, thèse de Gentilhe sur le procédé de Cassaët : ponction plutôt qu'arthrotomie et lavage à l'eau chaude (50°-55°).

En 1912, Petit de la Villéon arthrotomise, et à la Société des Sciences Médicales de Bordeaux, il soulève une intéressante discussion sur laquelle nous reviendrons à propos de la mobilisation précoce.

Enfin, dès lors, l'arthrotomie est une opération qui se fait de plus en plus et que les auteurs ne signalent même pas.

De la mobilisation

Evolution de cette notion dans le traitement de l'arthrite blennorragique avec épanchement

Si la question de l'arthrotomie a été relativement vite élucidée et s'est imposée assez rapidement, il n'en a pas été de même quant à celle de la technique post-opératoire.

Sans doute, peu à peu, le dogme de l'immobilisation absolue était depuis longtemps plus ou moins battu en brèche ; mais on n'avait recours qu'à une mobilisation timide, prudente, appliquée au moment opportun.

Dans tous les cas, la lecture des observations donne la conviction que ce chapitre n'est pas au point ; aucune règle fixe ne se dégage (1).

Il semble qu'en général les chirurgiens soient partisans de mobiliser vers les 10e, 15e ou 20e jours.

Dans les onze cas rapportés par Parizeau, et comprenant les observations de Thiery et de Walther, la

(1) Disons dès maintenant, qu'il y a une exception ; et que Mongour en 1907, puis Petit de la Villéon en 1912, avaient essayé et adopté la méthode de mobilisation immédiate. Il semble qu'en toute impartialité, ces auteurs méritent l'honneur de la priorité. Mais pour la clarté de notre exposition, nous étudierons leurs travaux seulement dans la 2e partie de ce chapitre.

mobilisation passive, prudente aurait été pratiquée du 15e au 20e jour. Les guérisons se seraient produites en un mois, deux mois et même plus, certaines n'ayant pas été tout à fait complètes.

Dezanneau, publiant les trois cas de M. Hartmann, dit que dans le premier cas, la guérison aurait eu lieu vers le quinzième jour après mobilisation douce à partir du dixième jour ; dans le deuxième cas, mobilisation vers le quinzième jour, guérison en 23 jours ; dans le troisième cas, mobilisation vers le 20e jour, et guérison en 37 jours. Ces arthrites avaient été traitées par arthrotomie et lavages à l'acide phénique au 1/20e.

Ollier (art. arthrite, *Dict. des Société Médicales*), écrit qu'il faut s'occuper de mobiliser méthodiquement l'articulation afin de prévenir l'ankylose, quand les douleurs ont disparu, quand la fièvre a cédé, quand la tuméfaction est moindre.

Nous lisons dans Le Dentu et Delbet (*Traité de Chirurgie*), cette phrase de Mauclaire qui propose la mobilisation de bonne heure : « De bonne heure, lorsqu'il n'y a plus de fièvre générale ou d'hyperthermie locale, et surtout dès que la pression au niveau de l'articulation n'est plus douloureuse ».

Brès, qui en 1898, résume l'état de la question passe à peu près sous silence le chapitre de la mobilisation. Il ressort mal de la lecture de ses observations à quelle époque de la maladie on a mobilisé, mais certainement jamais avant le 10e ou le 15e jour.

Guyot, étudiant le procédé de Galliard (ponction

et injection de sublimé) dit que le secret de la mobilisation est dans le choix opportun du moment où l'on va commencer. Si l'on intervient trop tard, on trouvera l'ankylose déjà solidement installée. D'un autre côté, trop de précipitation amène souvent un retour à période aiguë. Il faut veiller d'une part à ce que l'ankylose ne s'établisse pas, et d'autre part à ne pas réveiller l'arthrite en voie de guérison.

En résumé, il donne comme ligne de conduite à tenir celle-ci : explorer soigneusement la jointure au point de vue douleur et si l'on ne constate aucun point douloureux, commencer les mouvements avec prudence et modération au début. Si les tentatives de mobilisation pratiquées sans violence ne déterminent que des douleurs passagères, elles doivent être continuées. Au cas où cette mobilisation serait suivie de souffrances persistant longtemps après chaque séance, on s'arrêterait pour attendre de nouveau l'extinction complète de la phlegmasie et pour recommencer à propos. C'est donc presque en tâtonnant qu'il faudra procéder. C'est une affaire de tact de la part du praticien. « L'anesthésie générale peut-être sinon nécessaire, tout au moins utile, pour opérer la première flexion brusque après une immobilisation trop prolongée ou pour perfectionner les résultats de la cure commencée sans violence. L'anesthésie est sans danger, grâce à elle on évite des douleurs souvent atroces au malade et surtout on anéantit des contractions musculaires qui empêchent d'apprécier

l'effort que l'on déploie avec les mains. A la mobilisation, il faut associer le massage ».

Nous avons tenu à rapporter textuellement ce passage qui montre bien ce qu'était alors la conception qu'on se faisait du rôle de la mobilisation passive, conception désastreuse puisque celle-ci, bien qu'en facilitant la mobilité de l'article, augmente l'amyotrophie. Guyot donne les résultats suivants : sur 13 cas observés, les malades sont sortis de l'hôpital un mois ou deux après l'intervention. Certains n'étaient pas complètement rétablis. Ils avaient été mobilisés 10, 15, 20 jours après l'opération. Ils n'étaient mobilisés que tous les 3 ou 4 jours ; certains l'ont été sous anesthésie, ce qui prouve combien déjà il y avait ankylose, et combien était douloureuse cette mobilisation tardive.

Dans la thèse de Gentilhe qui relate cependant de nombreuses observations, la question des suites opératoire est presque complètement laissée dans l'ombre.

Il en est de même dans les cas publiés par Battut, Bergasse.

Quénu dit : « Dès le 15e jour on mobilisera l'articulation et la guérison sera rapide et parfaite grâce au massage précoce ».

Citons encore une appréciation de Mauclaire : « La pyarthrite blennorragique nécessite évidemment l'arthrotomie qui est préférable à la ponction, même dans les cas de pyarthrites insidieuses à évolution froide. Dans les formes plastiques ankylosantes le meilleur traitement pour éviter les désastres

de la terminaison, c'est la mobilisation précoce, dès que la phase aiguë est passée et le massage joint à l'électrisation des muscles diminuera autant que possible cette tendance à l'ankylose ».

Mauclaire précise cette idée dans une leçon clinique (*Progrès Médical*, août 1913) en disant : « Ce qu'il faut savoir, c'est qu'il faut immobiliser, mais pas longtemps ; un appareil plâtré sous chloroforme, c'est ce qu'il y a de mieux ; ou encore l'extension continue. Autrefois, sous l'impulsion des idées de Bonnet, on immobilisait pendant un mois, c'était trop ; dès que la période aiguë est terminée, au bout de 15 jours, en moyenne, il ne faut plus immobiliser.

Ensuite on met le membre dans une gouttière en fil de fer dans laquelle les malades font eux-mêmes instinctivement de petits mouvements.

Puis on mobiilse progressivement, graduellement sans faire un massage violent, brutal, mais au contraire un massage doux, progressif. Il faut masser de très bonne heure à cause de l'atrophie musculaire et des attitudes vicieuses qui en sont souvent la conséquence. Donc massage précoce et pas intempestif ; si le malade souffre de nouveau, on s'arrêtera de masser et reprendra l'immobilisation ».

Donc mobiliser prudemment, précocement, dès qu'il n'y a plus ni phénomènes douloureux, ni fièvre, c'est-à-dire vers le 10e ou 15e jour en moyenne, telle est l'opinion générale.

Nous avons déjà fait remarquer précédemment que

cependant Mongour, Petit de la Villéon avaient depuis quelque temps déjà rompu avec cette tradition et mobilisé aussitôt l'arthrotomie pratiquée. Cette méthode a été exposée dans une communication à la Société des Sciences Médicales de Bordeaux, août 1912. Déjà en 1907, Mongour avait publié cinq observations (*Bulletin Médical*).

Il nous semble que pour être impartial, nous devions relater la communication de 1912 avec quelques détails.

Petit de la Villéon cite le cas d'un jeune homme de 23 ans, soigné pour uréthrite et qui fit une arthrite blennorragique aiguë au niveau du genou. La ponction de l'article donna 80 gr. de pus gonococcique.

Il propose immédiatement l'opération qui, à la date du 5 mars 1912, consiste en une arthrotomie externe, large, avec contre-ouverture interne. Pas de lavage. Large drainage. Au 8e jour, suppression du drainage et première séance de mobilisation douce du genou. Cette mobilisation fut continuée les jours suivants avec douceur sans jamais provoquer chez l'opéré ni douleur, ni défense.

Le 27e jour le malade quitte la clinique marchant normalement avec amplitude intégrale des mouvements du genou.

Sept mois après, le malade fut revu avec parfaite intégrité fonctionnelle de l'article.

Petit de la Villéon insiste en montrant que le traitement de l'arthrite blennorragique suppurée doit

être chirurgical et précoce, cette arthrite comportant un processus fibro-plastique ankylosant spécial et particulièrement grave, mérite bien le nom que lui ont donné les classiques de Monoarthrite plastique ankylosante. Pour éviter l'ankylose, il faut faire l'arthrotomie précoce.

Mongour alors intervient dans la discussion, disant que les arthrites blennorragiques ayant une tendance manifeste à l'ankylose, depuis longtemps déjà il traite tous les cas suppurés ou non par la ponction, sans lavage, en mobilisant dès les premières heures. Il n'a jamais remarqué d'accidents et tous ses malades ont guéri sans ankylose. Pour lui, il est incontestable que la ponction de l'article et l'ébouillantement d'après la méthode de Cassaët peuvent donner des résultats parfaits dans certains cas, mais il faut avouer que dans d'autres les résultats ont été moins heureux et les malades sont restés ankylosés.

Quelques mois plus tard, dans une autre communication, Mongour dit : « En 1907, dans le *Bulletin Médical* du 4 mai, j'ai publié cinq observations d'arthrites blennorragiques traitées par la ponction simple et la mobilisation précoce, c'est-à-dire dans les 48 premières heures, aussitôt disparus les phénomènes douloureux. Dans 4 observations il s'agissait nettement d'arthrites purulentes ; une seule fois la présence du gonocoque fut affirmée dans le liquide, les quatre malades ont guéri sans la moindre séquelle ; l'un d'eux était porteur d'une arthrite purulente double ; un autre, celui qui présentait du gonocoque

dans le liquide, dut subir ultérieurement une arthrotomie, les ponctions répétées n'ayant amené aucune amélioration.

Depuis 1907, j'ai observé de nouveaux malades (chez tous liquide purulent sans gonocoques). Une seule ponction a suffi pour déterminer une guérison excessivement rapide et sans le moindre incident.

Tout récemment, je viens d'opérer une jeune femme dans mon service. En voici l'observation résumée :

Le 10, on constate un volumineux épanchement du genou droit. Ponction articulaire immédiate en raison des douleurs atroces. Pus. On retire 10 c^3 de liquide. La malade fut aussitôt soulagée et put marcher dans la journée. De 36 cent. le genou après la ponction, mesure 32 comme le sain.

Exeat le 17 février, complètement guérie, sans avoir été immobilisée.

En résumé, sur 10 observations, j'enregistre 9 succès complets et 1 échec. Je conclus donc, comme en 1907, que la ponction simple, sans injections modificatrices, avec stabilisation précoce, c'est-à-dire aussi rapide que le permet la disparition de la douleur, constitue le traitement de choix de l'arthrite blennorragique avec épanchement même suppuré. En cas d'échec de la ponction, arthrotomie ».

C'est alors que dans cette discussion intervient M. Micheleau.

« Il est, dit-il, un point sur lequel ni Mongour, ni Petit de la Villéon n'ont assez insisté dans leur com-

munication et qui, à mon avis, est un grand progrès dans le traitement de l'arthrite blennorragique. Il s'agit de la mobilisation très précoce que nous avons appris à pratiquer et qui, je crois, a une très grande importance. Ponction ou arthrotomie, peu importe ; pourvu qu'on mobilise de bonne heure l'ankylose sera sûrement évitée ».

Voilà enfin une opinion précise en faveur de la mobilisation active immédiate. Mais il est regrettable qu'elle soit restée isolée, car dans la littérature médicale nous n'avons pu retrouver ni sa trace, ni aucune observation pour l'appuyer et aider à sa généralisation.

En 1918, M. Paul Delbet fait une communication à la Soc. des Chir. de Paris sur 3 cas d'arthrites gonococciques traitées par l'arthrotomie et l'extension. Il n'a pas osé (bien qu'ayant déjà employé avec succès la méthode de Willems pour des arthrites purulentes de guerre) les mobiliser activement et immédiatement à cause de la douleur qu'il craignait de provoquer, ces arthrites étant déjà assez anciennes, mais il emploierait volontiers cette méthode en présence d'arthrites blennorragiques récentes.

But de l'Arthrotomie dans les Arthrites blennorragiques avec épanchement Indications opératoires

L'historique du traitement de l'arthrite blennorragique par l'arthrotomie, nous a montré que quoique relativement récent, il repose sur une expérimentation déjà très importante qui prouve les réels avantages de cette interventtion.

Beaucoup d'auteurs la considèrent comme destinée à donner issue à un liquide septique ; ils envisagent l'articulation atteinte un peu comme un abcès qu'il convient d'ouvrir et de vider.

Ce principe doit évidemment guider le chirurgien dans les arthrites purulentes de guerre, là où la suppuration, livrée à elle-même, irait sans cesse croissant, détruisant les différents tissus qui s'offrent à elle, avec, dans beaucoup de cas, une augmentation de virulence de ses germes, tandis que l'état général du malade s'aggraverait et donnerait tous les signes d'une septicémie intense et souvent mortelle.

Tout autre est la notion qui fait intervenir dans les épanchements d'origine gonococcique. Là, le seul rôle de l'arthrotomie (et il est cependant considéra-

ble) c'est d'évacuer l'articulation, de supprimer l'épanchement dont le danger n'est pas d'ordre septicémique, mais mécanique.

La distension du manchon synovial est le grand facteur de la douleur et surtout de l'impotence fonctionnelle dont la persistance aurait pour résultat l'ankylose et l'atrophie musculaire.

En vidant l'articulation, on obtient (comme dans l'hydarthrose traumatique et l'hémarthrose) la rémission presque complète de la douleur, et la disparition à peu près absolue de l'impotence fonctionnelle.

Mais il convient, dès que l'articulation a recouvré ses mouvements, c'est-à-dire aussitôt l'arthrotomie, de profiter sans perdre un instant, du retour de la fonction pour mobiliser activement.

Les indications opératoires seront donc basées sur la quantité de liquide contenu dans l'articulation et qui, par la distension douloureuse que sa présence détermine, gêne la fonction.

Sachant que l'arthrotomie est le seul moyen de lutter contre la douleur, l'impotence fonctionnelle, et par cela même contre l'ankylose, l'atrophie musculaire consécutives, on n'hésitera pas à en faire bénéficier précocement les malades.

Plus rarement, dans quelques cas, l'indication sera fournie par la nature du liquide lorsqu'il s'agit de pus septique provoquant une fièvre assez élevée par résorption de substances toxiques.

Technique opératoire

La technique opératoire est simple : elle se propose de vider l'articulation et non de la drainer.

La ponction pourrait suffire dans certains cas.

L'arthrotomie vaut mieux. Elle permet d'évacuer à coup sûr non seulement le liquide, mais aussi les grumeaux de fibrine qui pourraient être trop volumineux pour passer par la lumière du trocard, et qui passent facilement entre les lèvres de l'arthrotomie dans le liquide du lavage.

L'*anesthésie locale* sera employée de préférence.

On pratiquera une *incision* de 2 à 3 centimètres, verticale, latéro-rotulienne, interne ou externe.

Les deux lèvres de la synoviale seront saisies dans une pince, une légère traction ouvrira largement la boutonnière et permettra au liquide de s'écouler.

On *lavera* l'articulation soit avec de l'eau bouillie chaude, soit avec du sérum physiologique (liquides non irritants).

Nous nous sommes servi d'éther, puis de sérum, parce que l'éther est le liquide qui déterge le mieux.

Il ne faut pas drainer. L'infection réalisée par le gonocoque à l'état de pureté est une infection peu vi-

rulente. Le drainage amènerait presque à coup sûr, une infection secondaire par les germes habituels de la suppuration, infection secondaire qui serait beaucoup plus grave.

La plaie sera donc suturée.

Soins post-opératoires. — On peut remarquer que dans les cas dont nous rapportons les observations, la mobilisation n'a été faite que 48 heures après l'intervention dans l'espoir que l'immobilisation avec compression empêcherait l'épanchement de se reformer. Cette pratique n'a pas donné le résultat que l'on attendait : elle n'a pas empêché l'épanchement secondaire de se produire, épanchement d'ailleurs fréquent, presque fatal (ainsi que nous l'avons vu dans l'hydarthrose traumatique et dans l'hémarthrose) et qu'il suffit d'évacuer par simple ponction ; ce petit incident prouvant encore que ce n'est pas la lésion articulaire qui crée la douleur et l'impotence, mais la distension du manchon capsulo-synovial.

En faisant de la compression, nous avons donc pris une précaution inutile ; elle a fait perdre le grand bénéfice qu'il y a de mobiliser immédiatement l'articulation.

Il n'y a donc pas de doute : ainsi que l'expliquait Willems à la Société de Chirurgie, l'expression « mobilisation active immédiate » doit être prise au pied de la lettre.

La mobilisation doit être *active*, c'est-à-dire faite

par le malade lui-même au moyen de la contraction des muscles qui agissentnormalement sur l'articulation. Tous les muscles (ou groupes musculaires) doivent entrer en action, ce qui revient à dire que tous les mouvements physiologiques doivent être exécutés, en accordant une préférence à ceux qui sont essentiels.

La mobilisation active ne peut et ne doit en aucune façon être remplacée par la mobilisation passive qui ne s'adresse ni à la musculature, ni à la nutrition du membre, et qui ne tend qu'à rétablir la mobilité. Combiner les deux méthodes serait s'exposer aussi à ce que le malade néglige la mobilisation active.

La mobilisation active doit être aussi *immédiate, c'est-à-dire* commencée sans aucun délai, dès que le malade se réveille s'il a été anesthésié. Il ne s'agit donc pas de le laisser se reposer pendant quelques heures ou quelques jours comme on a trop tendance à le faire. Il est de la plus haute importance que les premiers mouvements soient exécutés *immédiatement* après l'opération.

Cette mobilisation immédiate n'a donc rien de commun avec la mobilisation précoce qui est faite après quelques jours et qui tout en constituant un progrès sur l'immobilisation prolongée qui est de plus en plus abandonnée, ne donne pas cependant les résultats fonctionnels étonnamment rapides et complets de la mobilisation immédiate. Cela n'a d'ailleurs rien qui peut surprendre si l'on se rappelle la

rapidité d'apparition de l'atrophie musculaire et sa ténacité une fois qu'elle est constituée.

La mobilisation doit être d'emblée poussée au maximum d'exécution, et pratiquée sans répit jusqu'à la fatigue ; d'ailleurs elle devient vite de plus en plus facile : et l'on constate que les premiers mouvements au réveil sont les plus pénibles.

OBSERVATIONS INÉDITES

OBSERVATION (*inédite*)

Service de M. le Professeur Hartmann

T. A., 18 ans, mécanicien.

Entré le 20 juin 1919, sorti le 6 juillet.

A. H., père âgé de 50 ans, mère âgée de 43 ans, bien portants.

A. C., un frère et deux sœurs bien portants. N'en n'a pas perdu.

A. P., rougeole à 6 ans, pas d'autres maladies. Blennorragie, non guérie, contractée vers le 12 mai dernier.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs extrêmement vives au genou gauche et augmentation considérable du volume de cette articulation.

Maladie actuelle. — Le 2 juin, après le souper, le malade qui toute la journée avait marché et vaqué normalement à ses occupations, ressentit une douleur assez vague dans tout le membre inférieur gauche. Cette douleur, faible au début, s'accentua rapidement sans pourtant entraver les mouvements de l'articulation du genou.

Croyant à une simple fatigue, le malade se coucha plus tôt que d'habitude. Mais à son réveil, le lendemain matin, il constata que son genou gauche avait augmenté de volume pendant la nuit. La douleur, en même temps, beaucoup plus vive que la veille, s'était franchement lo-

calisée au genou. Cependant le malade put faire en boitant de longues courses à pied toute la journée allant notamment de son quartier (Bastille) à son usine (Billancourt).

Le soir, le malade exténué se coucha et demeura alité les deux jours suivants. Le genou avait encore augmenté de volume; il était brûlant à la palpation; mais les téguments à son endroit avaient gardé leur aspect normal; le malade sentait qu'il avait de la fièvre.

Le 6 juin au matin il venait consulter à l'Hôtel-Dieu où on l'hospitalisait salle St-Denis.

Or depuis le 12 mai le malade avait un écoulement blennorragique, à cette date il avait commencé à sentir au moment des mictions des douleurs cuisantes à la verge et il s'était aperçu qu'il expulsait par le méat des gouttes de sang à la fin de chaque miction. Le malade avait dû consulter à Necker où on lui avait fait prendre des cachets dont il ignorait la composition.

Vers le 20 mai, il avait remarqué que l'écoulement augmentait, était retourné à Necker; on lui fit prendre des bains de verge à l'eau tiède.

L'écoulement qui avait presque cessé dans les derniers jours de mai, ayant repris très abondant lors de l'entrée du malade salle St-Denis, on institua 4 injections de sérum antigonococcique (160 c^3 en tout).

Deux jours après, 8 juin, éruption aux endroits où les injections avaient été pratiquées. Le genou était toujours très augmenté de volume.

Le 13 juin, on fait une ponction du genou; le liquide retiré est louche et l'examen bactériologique révèle la présence de gonocoque.

Le 18 juin. — Ponction blanche; le malade continue à faire de la fièvre à grandes oscillations.

Le 20 juin. On le transporte dans le service du professeur Hartmann et on l'hospitalise salle St-Landry.

A aucun moment, avant ou pendant l'évolution de sa maladie, le malade n'a ressenti de douleurs dans les articulations autres que le genou gauche.

Etat actuel. — 21 juin. — *Inspection.* — Le genou gauche apparaît considérablement augmenté de volume par rapport au genou droit. Il est presque doublé; la tuméfaction a comblé les méplats et fait disparaître les saillies normales de la face antérieure du genou. Elle est assez nettement délimitée à la partie inférieure où elle s'arrête juste au-dessous de l'articulation. Le cul de sac sous tricipital est distendu. La jambe présente d'ailleurs elle aussi un peu d'œdème.

Le genou qui a pris une apparence globuleuse ne présente pas de modifications d'aspect des téguments; seulement à la partie supéro-externe des traces d'application de teinture d'iode à la suite de la ponction du 13 juin.

Palpation. — Tout le genou semble empâté; la peau est très chaude sur toute l'étendue de la tuméfaction.

Cette palpation extrêmement douloureuse permet néanmoins de sentir la rotule, mais ne permet pas de saisir les autres parties osseuses.

Si l'on ramasse la tuméfaction entre les deux mains et que l'on presse avec un doigt sur la rotule, on sent un choc rotulien manifeste, mais peu considérable.

Mouvements. — Le malade s'attache à rendre son genou aussi immobile que possible pour éviter la douleur extrêmement vive que le moindre mouvement lui occasionne.

Examen du méat. — Présence d'une goutte de pus jaunâtre.

Analyse des urines. — Pus, ni sucre, ni albumine.

23 juin. — Opération. — *M. Bergeret.*

Sous anesthésie générale, ponction au bistouri du cul de sac sous-quadricipital au travers du vaste externe.

Evacuation d'un demi-verre de liquide séropurulent où l'examen bactériologique montre du gonocoque. Lavage au sérum de l'articulation. Suture par un crin.

Compression partant de la pointe du pied. Immobilisation avec une attelle de Bœckel. Au réveil, le malade ne ressent aucune douleur.

25 juin. — Ablation du pansement compressif. Mobilisation active; le malade fait le plus possible de mouvements de l'articulation dans son lit, mouvements qui ne sont jamais douloureux.

26 juin. — La mobilisation active est continuée.

27 juin. — Le malade se lève et marche.

29 juin. — Le genou est un peu enflé; le malade éprouve de l'impotence fonctionnelle. Une ponction de l'article permet de retirer 60 C^3 de liquide jaune et purulent.

Ensuite le malade se lève et marche régulièrement sans douleur.

Il sort complètement guéri le 6 juillet.

Marche de la température. — Jusqu'au 6 juin environ elle était de 38 à 38,5. Puis elle devient très oscillante du 12 au 20.

Elle tombe dès le soir de l'opération. Ensuite, une seule poussée à 39°8 le soir de la première mobilisation; et les jours suivants elle revient à la normale.

Lorsque le malade *a quitté l'hôpital*, son genou était un peu plus gros que celui du côté opposé. L'extension et la flexion, passives et actives, avaient la même amplitude des deux côtés.

Pas de mouvements de latéralité dans l'extension.

Atrophie musculaire peu marquée. Le malade faisait d'assez longues courses sans fatigue.

Il nous a été impossible de revoir le malade qui avait quitté Paris. Mais voici ce qu'il nous écrivait le 15 octobre : « Mon genou va on ne peut mieux. Depuis ma sortie de l'hôpital, je n'en ai jamais souffert et il ne se

fatigue pas plus que l'autre. Il a seulement une petite différence de volume, et il se plie un peu moins. »

OBSERVATION (*inédite*)

Service de M. le Professeur Hartmann

C. M., 21 ans, couturière.

Entrée le 1er juillet 1919. Sortie le 26 août.

A. H., a encore son père et sa mère bien portants.

A. C., ni frère, ni sœur; n'en a pas perdu.

A. P. Rien à signaler; a toujours jouit d'une excellente santé, n'a jamais eu de douleurs rhumatismales.

Il y a un an environ la malade a remarqué qu'elle avait des pertes qui d'abord blanchâtres, sont rapidement devenus jaune-grisâtres, assez épaisses, tachant le linge; souvent aussi les mictions étaient douloureuses, et donnaient une sensation de brûlure. La malade est enceinte de 4 mois et supporte bien cette grossesse.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu pour un genou dont elle souffre depuis trois jours.

Maladie actuelle. — Le 27 juin, vers le soir, sans avoir plus fatigué qu'à l'ordinaire, la malade brusquement ressentit une violente douleur dans le pied droit, mais qui irradia presque aussitôt dans la jambe pour se porter au genou. Cette douleur augmenta rapidement d'intensité en même temps que le genou devenait très gros, et l'impotence fonctionnelle complète.

Au bout de trois jours, n'ayant éprouvé aucune amélioration malgré le repos, la malade entre à l'Hôtel-Dieu; on l'hospitalise d'abord salle Ste-Anne; son état reste le même malgré le traitement. (Badigeonnage de baume tranquille, enveloppements ouatés).

Le 26 juillet, on la transporte dans le service du Professeur Hartmann, salle St-Jean.

Etat actuel. — (26 juillet). Le genou droit est tuméfié et déformé; il est augmenté de volume surtout au-dessus de la rotule au niveau du cul de sac sous-tricipital. La cuisse paraît amaigrie par rapport à celle du côté opposé. Pas de coloration spéciale des téguments, ni de circulation collatérale.

La palpation difficile en raison de la douleur permet de constater que la synoviale est distendue par du liquide qui fluctue sous les doigts. On constate du choc rotulien.

L'impotence fonctionnelle est complète en raison de la douleur; tout mouvement provoque une recrudescence de ces douleurs. Pas de mouvements de latéralité.

27 juillet. — Opération. — *M. Bergeret.*

Sous anesthésie générale à l'éther, incision verticale de 2 cm. au bord externe de la rotule, laissant s'écouler 100^{c3} environ d'un liquide louche contenant des grumeaux de fibrine et des gonocoques.

On introduit une sonde de Nélaton dans l'article, ce qui permet de laver au sérum (100^{c3}), puis à l'éther (30^{c3}), au sérum ensuite (100^{c3}).

On ferme par un écrin.

On immobilse sur une attelle de Bœckel.

28 juillet. — On supprime l'attelle et la malade fait des mouvements actifs dans son lit. La douleur est complètement disparue.

31 juillet. — La malade se lève et marche.

3 août. — Il s'était reformé un peu de liquide intra-articulaire; on avait songé à ponctionner; mais la résorbtion s'est produite spontanément.

4 août. — La malade quitte la salle, se promène à l'extérieur; elle fait tous les mouvements sans difficulté et sans douleur.

26 août. — Elle sort complètement guérie.

Nous avons revu cette malade, le 4 novembre. Elle nous a dit n'avoir jamais souffert de son genou depuis l'opération; elle vaque normalement à ses occupations, son genou se fatiguerait un peu plus que l'autre lorsqu'elle a beaucoup travaillé. Il faut d'ailleurs remarquer qu'elle est maintenant enceinte de 7 mois.

Le genou droit paraît un peu augmenté de volume. Voici les chiffres que nous relevons en faisant des mensurations :

Genou droit : 36 cent.
Genou gauche : 33 cent.
Cuisse droite : 42 cent.
Cuisse gauche : 43 cent.
Jambe droite : 31 cent. ½.
Jambe gauche : 32 cent.

Il y a donc une très légère atrophie musculaire. Quant aux mouvements, ils sont absolument normaux.

OBSERVATION (*inédite*)

Service de M. le Professeur Hartmann

M. A., 28 ans, garçon de café.

Entré le 18 août. Sorti le 10 septembre.

A. H. Le malade n'a pas de nouvelles de ses parents depuis 15 ans.

A cette époque son père âgé de 68 ans était en bonne santé.

Sa mère âgée de 56 ans avait une maladie de cœur et était atteinte de rhumatismes.

A. C. 5 frères bien portants il y a 15 ans. 2 sœurs âgées alors de 22 et 17 ans de santé faible.

A. P. Vers 13 ans le malade a eu des rhumatismes pendant quelques mois.

En 1912, a eu une première blennoragie compliquée d'orchite double.

N'a pas eu d'autres maladies sauf une deuxième blennoragie contractée en 1916.

Le malade entre le 19 mars 1919 à l'Hôtel-Dieu pour tuméfaction du genou gauche.

Histoire de la maladie. — Le malade a eu une blennorragie au cours de l'été 1916, qui, dit-il, s'est guérie complètement.

En mai 1919 l'écoulement a reparu et quelques jours plus tard le genou gauche a commencé à enfler. Le malade éprouvait un peu de gêne pour marcher, mais le genou était encore indolore. Les jours où le malade se fatiguait son genou enflait un peu plus, mais d'une façon générale la tuméfaction n'aurait pas augmenté sérieusement jusqu'au 17 août.

Le 17 au matin, le malade en se réveillant éprouvait une très vive douleur du genou qui avait enflé brusquement pendant la nuit. Le soir il éprouvait également une légère douleur à la nuque, mais il se massait et la douleur était à peu près disparu le 19.

Le 18, le malade dont la douleur au genou ne s'était pas atténuée entrait à l'Hôtel-Dieu pour cette raison.

E. A. *Inspection :*

Genou globuleux, volumineux, tuméfaction remontant sur la face antérieure de la cuisse au quart inférieur et occupant la place du cul de sac sous-quadricipital.

Peau luisante marbrée par une circulation superficielle intense.

Le creux poplité est bombé particulièrement dans la partie inférieure.

Palpation. — On sent que l'articulation est distendue par un épanchement liquide; la tuméfaction sous-qua-

dricipitale est retinente ; une pression large exercée à ses niveaux se transmet à l'interligne des deux côtés.

La tuméfaction du creux poplité présente les mêmes caractères. La pression au niveau de l'interligne est douloureuse. La palpation du squelette est difficile en raison de la tuméfaction générale.

La rotule, difficilement reconnaissable, a sa mobilité transversale considérablement diminuée. On ne trouve par sur les zones accessibles du tibia et du fémur de point osseux douloureux.

Pas de mouvements de latéralité.

Mobilité. — La jambe est en flexion sur la cuisse formant avec elle un angle obtus très ouvert. Tout mouvement spontané est impossible. L'extension passive est encore possible. La flexion nulle est extrêmement douloureuse. Pas d'atrophie musculaire sus ou sous-jacente. Ganglions inguinaux indurés des deux côtés mais plus gros à gauche et semblant surtout appartenir à la chaîne transversale.

Opération le 22 août. — *M. Okinczyc.* — Anesthésie générale à l'éther.

Ponction de l'articulation au bistouri. Il s'écoule du liquide citrin mélangé de fausses membranes fibrineuses et gélatineuses.

Lavage de l'articulation à l'eau phéniquée chaude à 5 pour 100.

Pansement sans drainage.

Mobilisation active.

Le malade fait des mouvements du genou dans son lit.

30 août. — L'épanchement intra-articulaire s'est reformé entraînant de la douleur et de la gêne des mouvements.

Ponction évacuatrice au niveau du cul de sac supérieur. On retire environ 100 grammes de liquide séreux.

La mobilisation active est continuée. Le malade marche à peu près sans douleur.

Le 10 septembre, il quitte l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri.

Nous avons revu le malade vers le 15 octobre.

Il n'a jamais souffert de son genou depuis l'intervention. Il ressent cependant un peu plus de fatigue dans le membre inférieur correspondant que dans l'autre lorsqu'il a beaucoup travaillé. A ce point de vue il exerce une profession particulièrement fatiguante, puisqu'il est garçon de café.

Voici les chiffres que nous relevons en faisant des mensurations.

Genou droit 35 centimètres.

Genou gauche 38 centimètres $\frac{1}{2}$.

Cuisse droite 49 centimètres.

Cuisse gauche 48 centimètres.

Jambe droite 35 centimètres.

Jambe gauche 34 centimètres $\frac{1}{2}$.

Le genou reste donc un peu hypertrophié. L'atrophie musculaire est à peine sensible.

Quant aux mouvements, ils sont un peu limités dans la flexion.

CONCLUSIONS

Il semble que la mobilisation active, immédiate, soit le traitement de choix pour les arthrites blennorragiques avec épanchement.

Son but est de prévenir l'ankylose, cette séquelle si grave et si fréquente dans ces affections et dont le traitement prophylactique constitue la règle essentielle en pareil cas.

Cette mobilisation doit être *immédiate*, c'est-à-dire doit être faite aussitôt l'articulation vidée ou dès que le malade n'est plus sous l'influence de la narcrose s'il a été endormi.

Elle doit être *active*, faite par le malade lui-même qui s'exercera aux mouvements articulaires normaux même jusqu'à la fatigue.

L'épanchement articulaire constitue par sa présence une gêne pour la mobilisation. Il est le gros facteur de l'impotence fonctionnelle ; il convient donc de l'évacuer comme on évacue une hydarthrose ou une hémarthrose afin de permettre à l'article de reprendre d'emblée toute l'amplitude de son jeu.

En diminuant la tension intra-articulaire l'éva-

cuation supprime presque entièrement la douleur et par cela même facilite encore la mobilisation.

Cette évacuation se fera de préférence par arthrotomie avec lavages de l'article à l'éther, puis au sérum ; puis on suturera.

Pour nous résumer, *le but du traitement de l'arthrite blennorragique avec épanchement est d'éviter l'ankylose ; le moyen, c'est la mobilisation active, immédiate, facilitée par l'évacuation de l'épanchement.*

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Battut. — Arthrite blennorragique suppurée du genou, incision, guérison. (*Bulletin de la société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche. T. XIII, Nov. 1912.*

Bergasse. — Arthrite blennorragique. Arthrotomie dans les formes plastiques et purulentes, (*id.* T. XIX, janvier 1913).

Brès. — Traitement de l'arthrite blennorragique par l'arthrotomie. (*Thèse, Paris 1897-98*).

Brun. — De l'arthrite aiguë d'origine blennorragique. (*Thèse, Paris, 1881*).

Carbon. — Contribution à l'étude de l'arthrotomie (*Thèse, Paris 1884*).

De Lapersonne. — Les arthrites infectieuses (non tuberculeuses). — (*Thèse d'agrégation, Paris 1886*).

Depage et Delrez. — Arthrites purulentes de guerre traitées par la méthode de Willems. — (*Bull. et mém. de la société de chirurgie de Paris, 1918*).

Dezanneau. — Du rhumatisme blennorragique et de son traitement. — (*Thèse, Paris, 1896*).

Filippi. — Contribution à l'étude de l'arthrite blennorragique et de son traitement. (*Thèse, Paris, 1892*).

GENTILHE. — Du traitement des arthrites blennorragiques par la ponction et le lavage à l'eau chaude. (Procédé de Cassaët). (*Thèse, Bordeaux, 1910-11*).

GILBERT-THOINOT. — Traité de médecine et de thérapeutique.

GUYOT. — Arthrop. blenn. trait. par ponction et lavage articulaire au sublimé. (*Thèse, Paris, 1905-06*).

HARTMANN. — Arthrotomie et arthr. blenn. (*in thèse, De Zanneau, Paris, 1896*).

HOPENHENDLER. — Arthrotomie dans les arthr. blenn. du poignet. (*Thèse, Paris, 1894*).

JALAGUIER. — De l'arthrotomie. (*Thèse d'agrégation, Paris, 1886*).

KENDIRDJY. — Traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction et la marche immédiate. (*La clinique. T. VII, janvier 1912*).

LE BIHAN. — Traitement de l'hémarthrose. (*Thèse, Bordeaux 1905-06*).

LE DENTU ET P. DELBET. — Traité de chirurgie.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Traitement de l'arthrite purulente par la méthode de Willems. (*Journal de médecine, 10 avril 1919*).

MAUCLAIRE. — Des arthrites suppurées. (*Arch. gén. de méd. 1895, t. I*).

Les arthrites blenn. (*La clinique. Février 1910*).

Les arthrites blenn. (*Progrès médical. Août 1913*).

MONGOUR. — Arthrites blenn. traitées par la ponction simple et la mobilisation précoce. (*Bulletin Méd. 1907*).

id. arthrites blenn. ponction et mobilisation précoce. (*Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux, août 1912*).

MORESTIN. — *Chirurgie générale des articulations, Paris 1907.*

Okinczyc. — Le traitement sanglant des ankyloses du genou d'origine gonococcique. (*Journal de chirurgie, juillet 1914*).

Parizeau. — Contribution à l'étude du traitement de l'arthrite blenn. (*Thèse, Paris, 1895-96*).

Patoir. — (*Thèse de Lille, 1892-93*).

Pelisse. — (*Th. Paris, 1899*).

Petit de la Villeon. — Discussion sur la mobilisation précoce dans les arthrites blenn. (*Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux, août 1912*).

Poli. — De l'hémarthrose du genou et de son trait. par la ponction et la progression des résistances. (*Thèse Montpellier 1909*).

Poujoula. — Contribution à l'étude du traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction suivie de la marche immédiate. (*Thèse Paris, 1912*).

Renaut. — Leçon clinique. (*Bulletin médical, août 1903*).

Rochard et Champtassin. — Hémarthrose, ponction, progression des résistances. (*Bull. de la Soc. de chir., 1907*).

Thiery. — Arthrite blenn. et arthrotomie. (*Bull. de la Soc. d'anatomie de Paris, 1892*).

Thooris. — Traitement kinétique des épanchements du genou par contusion et par entorse. (*Archives de méd. et de ph. militaires, 1906*).

Thooris. — Traitement de l'hémartrose du genou. (*La Clinique, février 1912*).

Willems. — Traitement des hémarthroses du genou par la ponction suivie de la mobilisation immédiate. (*Congrès de la Soc. all. de chirurgie, 14 avril 1909*).

Willems. — Traitement de l'hémarthrose et de l'hydarthrose aiguë du genou par la ponction suivie de la marche immédiate. (*Archives internationales de chirurgie, 1908*).

WILLEMS. — Traitement des hémarthroses. (*Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique (1909)*.

WILLEMS. — Manuel de chirurgie de guerre. (1918).

WILLEMS. — Trait. des arthrites purulentes de guerre par la mobilisation active immédiate. (*Bulletin et Mémoires de la Soc. de chirurgie, juin 1918*).